

Cómo Completar el Formulario de Elección Medi-Cal

Utilice el(los) **FORMULARIO(S) DE ELECCIÓN MEDI-CAL**. Puede usar cada formulario para hasta tres miembros de la familia. Puede obtener más formularios llamando a Health Care Options al 1-800-430-3003.

Sírvase escribir claramente en letra impresa usando sólo tinta azul o negra. Escriba en letras mayúsculas y llene completamente todas las áreas que indican su elección. **Vea el ejemplo en la parte posterior del formulario de elección.**

Nombre del Jefe de Familia

Esta sección debe completarla el jefe de familia afiliado a Medi-Cal.

1. NOMBRE DEL JEFE DE FAMILIA

Escriba en letra impresa su nombre completo (Nombre y Apellido).

2. SEXO

Marque el óvalo M para masculino o F para femenino.

The diagram shows a sample of the 'FORMULARIO DE ELECCIÓN MEDI-CAL' form. It includes the 'My Medi-Cal Choice' logo and instructions: 'Utilice este formulario para unirse o cambiarse de plan de salud. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-430-3003. Envíe por correo este formulario completo a: California Department of Health Care Services • Health Care Options • Box 989009, W. Sacramento, CA 95798-9850.' Below this, it says 'SÍRVASE ESCRIBIR CLARAMENTE EN LETRA IMPRENTA USANDO SÓLO TINTA AZUL O NEGRA. LLENE COMPLETAMENTE LOS ÓVALOS PARA INDICAR SU ELECCIÓN. VEA EL EJEMPLO EN LA PARTE POSTERIOR.' The form has four main sections: 1) 'Nombre de Jefe de familia (Nombre, Apellido)' with a long horizontal line for writing; 2) 'Sexo' with two radio buttons labeled 'M' and 'F'; 3) 'Número de Teléfono' with a horizontal line for writing; and 4) 'Dirección (Número de la Casa, Calle, Número de Departamento, Ciudad y Código Postal)' with a long horizontal line for writing. Arrows point from the numbered instructions above to these specific fields on the form.

4. DIRECCIÓN

Escriba en letra impresa su dirección incluyendo el Número de la Casa, Calle, Número de Departamento, Ciudad y Código Postal.

3. NÚMERO DE TELÉFONO

Escriba su código de área y número de teléfono de su casa.

Escogiendo un Plan de Salud

Antes de continuar con el formulario, escoja un plan de salud para cada miembro de la familia. Usted puede escoger diferentes planes para cada miembro de la familia. También puede escoger diferentes doctores en el mismo plan de salud para cada miembro de la familia. Después de haber elegido su plan de salud, puede completar el Formulario de Elección Medi-Cal.

• **Código del Doctor/ Clínica y Dentista/ Clínica:**

Escriba el número de código del doctor/ clínica y del dentista/ clínica. Esta información se puede encontrar en el Directorio de Proveedores del Plan (Plan Provider Directory). Si no hay número, deje el espacio en blanco.

Por ejemplo, el número de código se puede encontrar en el Directorio de Proveedores como:

- **Proveedor del Dentista #**
- **PCP #**
- **Número de Identificación (ID)**
- **Número de Identificación del Doctor**
- **PIN (Número de Identificación del Proveedor)**
- **Proveedor 0000 (ex. del proveedor 3322)**
- **# 0000, * 00000 ó 00000 (ej. # 3322 encima o junto al nombre del Doctor)**

Completar y Enviar el Formulario por Correo

NOTIFICACIÓN: He leído la descripción del plan. Entiendo que Kaiser requiere el uso del arbitraje neutro obligatorio para resolver ciertas disputas. Esto incluye disputas acerca de si se proporcionó el tratamiento médico correcto (llamado negligencia médica) y otras disputas relacionadas a los beneficios o la prestación de servicios. Si escijo Kaiser, renuncio a mi derecho a un jurado o proceso judicial para esas ciertas disputas. Asimismo, estoy de acuerdo en que se utilice el arbitraje neutro obligatorio para resolver esas ciertas disputas. No renuncio a mi derecho de pedir una audiencia en el Estado relacionada con cualquier tema, que esté comprendida en el proceso de audiencia en el Estado.

DECLARACIÓN DE ELECCIÓN: Yo/ nosotros he/ hemos hecho la elección por escrito para recibir los beneficios de Medi-Cal a través de los planes de salud/ dentales, tal como lo he/hemos indicado en este formulario. Yo/ nosotros he/ hemos leído y entendido las condiciones de este contrato. Yo/ nosotros entendemos que para cambiar mi/ nuestro plan de salud/ dental Medi-Cal actual, yo/ nosotros debemos completar este formulario.

Firma del Jefe de la Familia	Fecha	Firma de Otro Adulto	Fecha	Firma de Otro Adulto	Fecha
------------------------------	-------	----------------------	-------	----------------------	-------

Highly Confidential



FIRMA

Asegúrese de que usted y cualquier otro adulto que aparece en el formulario FIRME y ponga la fecha al final del formulario.

Si tiene alguna otra pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame a Health Care Options al 1-800-430-3003. También hay reuniones a las que puede asistir para consultar las opciones del plan de salud.

NO LLAME A SU ENCARGADO DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA SI TIENE PREGUNTAS ACERCA DE SU FORMULARIO DE ELECCIÓN MEDI-CAL. Su Encargado de Atención del Programa sólo puede ayudarlo con preguntas acerca de los beneficios o elección de Medi-Cal.

Únase o Cambie de Plan de Salud

Sírvase completar las secciones para todos los miembros que deben unirse o desean cambiar de plan de salud. Algunas partes de esta sección ya pueden haber sido llenadas por usted.

5. NOMBRE DEL SOLICITANTE
Escriba en letra imprenta el nombre completo (Nombre y Apellido) de un miembro de su familia.

6. SEXO
Marque el óvalo M para masculino o F para femenino.

6a. FECHA PROGRAMADA
La fecha programada se refiere al día que se espera que el bebé nazca. Escriba la fecha por mes, día y año. Por ejemplo, 2 de diciembre del 2003 se escribirá como 12/02/03.

6b. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL
No tiene que escribir nada si hay un código de barras en este espacio. De lo contrario, ingrese su Número de Seguro Social.

5) Nombre de Solicitante (Nombre, Apellido)

M
 F

6a) Fecha Programada (si está embarazada)

6b) Número de Seguro Social

Deseo UNIRME o cambiar mi plan a: *NO Cambia de Plan*

PLANES DE SALUD

000 Health Plan
 000 Health Plan
 000 Health Plan
 000 Health Plan
 000 Health Plan

Código del Doctor / Clínica:

Número del Socio de Plan (véase la parte posterior de formulario de elección)

Ingrese el código de la razón del cambio de plan:

XX XX XX XX XX XX XX

***CÓDIGOS DE LAS RAZONES DEL CAMBIO DE PLAN:**

Código 1: No pude escoger al doctor o dentista que deseaba	Código 4: Está muy lejos de mi casa	Código 7: Exoneración del Programa de Salud Indio (Indian Health Program Exemption)
Código 2: El plan de salud/dental no satisfacía mis necesidades	Código 5: Yo no escogí este plan	Código 8: Exoneración Médica/ Dental
Código 3: Mi doctor/ dentista no satisfacía mis necesidades	Código 6: Se muda del co	Código 9: Otros

Únase o Cambie de Plan de Salud

- **Únase a un Plan de Salud:**
Marque el óvalo junto a “Deseo UNIRME o cambiar mi plan a:” Luego, marque el óvalo para su elección del plan de salud.
- **Cambie de Plan de Salud:**
Escoja una razón para dejar un plan de salud del recuadro sombreado llamado “*CÓDIGOS DE LAS RAZONES DE CAMBIO DE PLAN” que se encuentra al final del formulario. Escriba este número de código en el recuadro junto a “Ingrese el código de la razón de cambio de plan*”.
- **Si el óvalo “No Cambia de Plan” está disponible:**
Marque el óvalo “No Cambia de Plan” si algún miembro de la familia mencionado en el formulario de elección no desea cambiar de plan de salud.